Tulane Medical Library

Zwei Fälle
von
Hygroma trochantericum.

Inaugural-Dissertation

mit Genehmigung
der medicinischen Facultät
der vereinigten Friedrichs-Universität
Halle-Wittenberg
zur Erlangung der Doctorwürde
in der Medicin und Chirurgie
zugleich mit den Thesen öffentlich vertheidigt
am
21. October 1874 — Vormittags 11 Uhr
von

Johann Lewicki,
aus West-Preussen

gegen

A. Dylewski, cand. med.
C. Laudowicz, cand. med.

Halle.
Buchdruckerei von Lipke.
1874.

Virchow versteht unter Hygroma im Allgemeinen eine pathologische Füllung der Schleimbeutel mit einem mehr oder wenig veränderten Secret.

Im normalen Zustande unterscheiden sich die Schleimbeutel und die Sehnenscheiden sowohl durch ihre Structur wie durch ihre physiologische Bedeutung durchaus nicht von den Synovial-Membranen. Wie diese sind es abgegrenzte, geschlossene dünnwandige Säcke. Die Wandung dieser Säcke, welche die Grundlage des Schleimbeutels bildet, besteht aus Bindegewebe, dem nur sparsam elastische Fasern beigemengt sind. Zahlreiche feine Capillar-Gefässe begleitet von einigen Nervenzweigen, durchsetzen diese Membran; auch Fettzellen will man zwischen den Bindegewebsbalken derselben wahrgenommen haben. Während die äussere Wandfläche sich durch formloses Bindegewebe mit den Nachbartheilen verbindet, ist die innere zum Theil

glatt und mit einfachem Pflasterepithel bekleidet, welches mitunter an einigen Stellen nicht vorhanden ist. Dafür werden die epithellosen Parthieen in der Regel verdickt angetroffen; auch die von der inneren Wandfläche in die Höhle des Sackes hineinragenden, gefässreichen Zotten gewähren den Anschein, als ob sie mit Epithel versehen wären. Oefters communiciren zwei oder mehrere neben oder über einander liegende Schleimbeutelsäcke mit einander oder mit den in ihrer grössten Nähe befindlichen Gelenkhöhlen. Das von den Schleimbeuteln secernirte Product, welches der Synovia vollkommen identisch und unter normalen Bedingungen in sehr sparsamer Menge vorhanden ist, besteht aus einer hühnereiweissähnlichen, schleimigen aber dickliche-ren Masse, die ausser Eiweiss und flüssigem Schleimstoff noch Fett, Chlorcalcium und phosphorsaure Erden enthält. Als geformte Bestandtheile finden wir in der Flüssigkeit zahlreiche rundliche oder eliptische, fein granulirte Kügelchen, so wie auch losgerissene Epithelzellen, Fettkügelchen, Blut- und Lymph-Körperchen.

Die mechanischen Leistungen der Schleimbeutel und Sehnenscheiden sind den mechanischen Leistungen der Gelenke ganz analog; dadurch nämlich, dass sie durch ihr schleimiges Secretionsproduct die an einander wenig verschiebbaren Flächen zweier Bewegungsorgane schlüpfrig erhalten, vermindern sie das Aneinanderreiben derselben oder heben es fast ganz auf, erleichtern somit die Bewegungen der Muskeln und Sehnen und machen ihre Excursionen vollständiger und ausgiebiger. Man könnte daher die Schleimbeutel und Sehnenscheiden auch wohl Muskel- oder Sehnengelenk-Höhlen nennen. Wir treffen sie demnach vorwiegend an allen denjenigen Stellen des menschlichen Organismus an, wo Muskeln und Sehnen zu einander oder zur Fascie oder zum Knochen sich verschieben. Die Anordnung der Schleimbeutel ist eine solche, dass sie zwischen die Muskeln und der festen Unterlage oder den bedeckenden Weichtheilen mit beiden durch Bindegewebe verbunden zu liegen kommen, während die Sehnenscheiden nach Art von Hohlcylindern ringsum die Sehne umgeben.

Die Entwickelung von Schleimbeuteln beim neugeborenen Kinde ist bei weitem nicht so regelmässig, wie beim Erwachsenen. Denn während beim ersteren häufig eine grosse Zahl von Schleimbeuteln ganz fehlt oder nur angedeutet ist, entwickeln sie sich constant beim Erwachsenen, sobald er seine Bewegungsorgane gehörig zu gebrauchen anfängt. Folgerichtig müssen somit Art und Weise der verschiedenen Bewegungen, Beschäftigung, Beruf, Lebensweise der einzelnen Individuen einen grossen Einfluss auf die Entwickelung von Schleimbeuteln haben. Als ein schönes Beispiel hierfür mag die von W. Gruber am Knie von Schuhmachern beobachtete und geradezu Schusterschleimbeutel genannte bursa mucosa dienen. Umgekehrt haben Ribes, Béclard, Breschet Fälle gesehen und beschrieben, wo die Bildung der Schleimbeutel an Stellen unterblieb, an denen wir sie im normalen Zustande zu beobachten gewohnt sind und zwar dann, wenn in Folge irgend welcher selbst unbedeutender individueller Abweichungen in der Lage und Anordnung der einzelnen Bewegungs-

apparate im menschlichen Körper Schleimbeutel als überflüssig und unnöthig sich erwiesen.

Die sogenannten supernumerären oder accidentellen Schleimbeutel können dagegen an jeder beliebigen Stelle am Körper vorkommen, wenn die Weichtheile längere Zeit hindurch einem continuirlichen Drucke und der gegenseitigen Verschiebung ausgesetzt werden. Leichter geht ihre Entwickelung von statten, sobald einzelne Haut-, Muskel- oder Fascienparthieen an Stellen constant und stark belastet, bewegt und gerieben werden, wo eine feste knöcherne Unterlage sich befindet. Die auf diese Weise entstandenen Schleimbeutel sind in ihrem anatomischen Baue und in ihren Functionen den normaliter vorkommenden ganz ähnlich, ja ihre Identität mit denselben geht so weit, dass wir bei ihnen Dispositionen zu denselben Erkrankungen, wie bei den normalen Schleimbeuteln vorfinden. Einen Unterschied dürfte man höchstens darin suchen, dass sie bedeutend grösser wachsen können, als die normalen. Die Stellen, die am häufigsten einem continuirlichen Drucke ausgesetzt zur Bildung von neuen Schleim-

beuteln vorzüglich sich eignen, sind die Gehflächen eines mit Klumpfüssen, mit Hühneraugen, mit Verkrüppelung der Zehen oder der Metatarsalknochen behafteten Individuums. Aehnliche Fälle sind von Lobestein und Béclard beobachtet worden, wo sich Schleimbeutel an Amputationsstümpfen, von Brodie, wo sich dieselben über den Dornfortsätzen bei starken Kyphosen, von A. Cooper, wo sie sich zwischen der Haut und den vorspringenden Bruchenden bei schlecht geheilten Fracturen entwickelten. Zu den accidentellen Schleimbeuteln sind ferner zu zählen die von Velpeau am sternum der Tischler beobachteten und beschriebenen, bei denen sie in Folge des durch das Entgegenstemmen von Instrumenten stattfindenden Druckes entstehen. Auch die Soldaten sind zur Entwickelung von überzähligen Schleimbeuteln prädisponirt; bekanntlich findet man bei ihnen auf der vorderen Schulter und auf dem Schlüsselbein Schleimbeutel, an deren Entstehung das häufige Anschlagen des Gewehres Schuld trägt. Cruveilhier will sogar einmal zwischen einer scirrhösen Brust und dem musc. pectoralis einen Schleimbeutel sich entwickeln gesehen haben.

Die Zahl der Schleimbeutel lässt sich nach dem gegenwärtigen Standpunkte der Wissenschaft nicht fest bestimmen. Die Angaben der Autoren hierüber gehen weit auseinander, und während von Bardeleben deren Zahl am Kopf, Hals und Extremitäten als 21 festsetzt, sehen wir aus den sorgfältigen Untersuchungen von W. Gruber's, dass im normalen Zustande am Kniegelenk allein 17 oder 18 Schleimbeutel, und am Ellenbogengelenk ausser der bursa anconea und den bursis epicondyl. und epitrochl. noch 11 bursae musculares vorhanden sind. Auf dem Handrücken fand Velpeau 14 Schleimbeutel; Henle und v. Luschka nehmen die Zahl der constant vorkommenden Schleimbeutel für bedeutend grösser an, als die früheren Anatomen.

Die Bildung der Schleimbeutel geht folgendermassen von statten: Werden die Flächen eines Muskels oder einer Sehne gegen einander oder gegen die Fläche einer Fascie oder eines Knochens verschoben, so wird das dazwischen liegende und die beiden Nachbarorgane vereinigende intermusculäre oder -tendinöse (Hueter's paramusculäre oder para-

tendinöse) Bindegewebe gedehnt und gezerrt, wird diese Dehnung und Zerrung immer stärker, der Druck immer beständiger, so zerreissen einige von den unterdessen atrophirten Bindegewebs-Bündeln, wodurch grosse, freie, unregelmässige Räume zwischen ihnen entstehen, intermuskuläre Höhlen, in deren Inneres mehr oder weniger zahlreiche Bindegewebsfetzen und Zotten hineinragen. Zugleich lässt sich eine geringe Secretion schleimiger, mit der Synovia vollkommen identischer Flüssigkeit wahrnehmen, und indem sich die Bindegewebskörper in den Maschenräumen des Zellgewebes abplatten, bildet sich ein zuweilen freilich unterbrochener epithelartiger Belag, der die Innenwand des im Uebrigen bindegewebigen Sackes darstellt. Während nun das Epithel (Endothel) immer mehr sich ausbildet, bleibt es auch stellenweise auf einer niedrigeren Entwickelungsstufe stehen, und so sehen wir die Innenfläche der Schleimbeutelsäcke theils mit vollständig, theils mit unvollständig entwickeltem, mehr oder weniger unterbrochenem Epithel ausgekleidet.

Was die Erkrankungen der Schleimbeutel anbe-

trifft, so unterscheiden wir, abgesehen von den mit schneidenden oder stechenden Werkzeugen beigebrachten Wunden derselben, vornehmlich zwei Formen von Bursitis, eine acute und eine chronische. Als ätiologische Momente für beide Erkrankungsformen sind vor Allem hervorzuheben, äussere mechanische Insulte und Reizungen, wie Quetschungen, Reibungen, Stoss, Fall, Schlag u. s. w. Auf diese veranlassende Ursachen lassen sich die meisten Schleimbeutelhygrome zurückführen; deshalb kommt es, dass so oft bei Weibern und Mädchen, die knieend die Fussböden scheuern, und bei Klostermannschaften in Folge des Knieens auf den steinernen Kirchenfluren Patellarhygrome vorkommen. Es giebt jedoch auch innere, constitutionelle Ursachen, von deren Beschaffenheit wir nichts wissen, und die wir in Ermangelung eines besseren und mehr zutreffenden Ausdruckes als rheumatische bezeichnen; besonders ist in Fällen multipler Hygrombildung an rheumatische Einflüsse und Schädlichkeiten zu denken. Endlich soll nach den trefflichen Untersuchungen von Verneuil und Fournier auch die Syphilis öfters

zu entzündlichen Ergüssen in die verschiedensten Schleimbeutel Veranlassung geben.

Die acute Bursitis, die sowohl an vorher erkrankten, als auch an gesunden Schleimbeuteln vorkommen kann, manifestirt sich vorzüglich in einer bedeutenden Vermehrung des unter normalen Verhältnissen höchst sparsamen synovialen Secretionsproductes. Es bildet sich in kurzer Zeit aus dem Schleimbeutelsacke eine mehr oder weniger grosse Geschwulst, die eine deutliche Fluctuation darbietet. In der Regel nehmen auch die benachbarten Weichtheile an der Entzündung Theil. Die erisipelatös geröthete und angeschwollene Haut, welche in diesen Fällen das Hygroma verdeckt, und die hinzugetretene Schmerzhaftigkeit verleiten uns leicht zu falschen und irrigen Ansichten, indem wir oft sehr geneigt sind, diese Affection für eine phlegmonöse Entzündung oder für einen Abscess zu halten. Einen Anhaltspunkt gibt uns zuweilen die Stelle an, wo die Entzündung am deutlichsten hervortritt; ist trotzdem die Diagnose unmöglich, so kann uns nur die Punction darüber Aufklärung verschaffen, ob

eine Phlegmone oder ein Hygrom vorliegt, da im letzteren Falle der Erguss gewöhnlich ein seröser oder serös eitriger zu sein pflegt. Bei Anwendung geeigneter Mittel verschwindet der Erguss nach einigen Tagen oder das acute Hygrom geht in das chronische über.

In anderen Fällen der acuten Bursitis wird der Erguss rein eitrig: abscessus bursae muscosae. Dies pflegen wir gewöhnlich bei Individuen zu beobachten, bei denen die Schleimbeutel vorher erkrankt waren. Nach grossen Aestrengungen und schonungslosen Misshandlungen von Körperstellen, an denen sich oberflächliche, schon vordem in Folge von mannigfachen Reizungen mässig vergrösserten und verdickten Schleimbeutel befinden, stellt sich plötzlich ein heftiger Schüttelfrost mit nachfolgendem hohen Fieber ein und am 3. oder 4. Tage wird die Haut geröthet, geschwollen und schmerzhaft; der Schleimbeutel ist noch nicht zu palpiren, erst wenn die oberflächliche Entzündung verschwunden ist, tritt er hervor und wird fluctuirend. Es kann nun spontan der Aufbruch nach Aussen erfolgen, oder aber,

was häufiger am Knie, weniger häufig an der bursa trochanterica und anconea vorkommt, es durchbricht frühzeitig der Eiter nur die entzündete Wand des Schleimbeutels, verbreitet sich schnell in dem benachbarten Unterhautzellgewebe und verursacht zuweilen colossale, längs einer halben Extremität fortschreitente Eitersenkungen. Das Fieber kann bei diesser diffusen purulenten Form der Bursitis eine bedenkliche Höhe erreichen, die Kranken magern rapide ab, die Weichtheile schwellen enorm an, so dass die Diagnose oft recht schwer wird, bis der in der Regel günstige Ausgang der Krankheit sie aufklärt. Die häufig zugleich mit afficirten benachbarten Lymphgefässe und Lymphdrüsen machen den Verlauf langwieriger, trüben jedoch, sobald nur von der Consumtion durch das heftige Fieber keine Gefahr droht, die Prognose nicht im Geringsten. Die Genesung erfolgt, wenn der Sack vollständig obliterirt ist.

Es bleibt noch der multiplen eitrigen Schleimbeutelentzündungen zu erwähnen, die nicht so sehr selten bei Pyaemie vorkommen sollen. Lebert's

Verdienst ist es, zuerst auf diese Form der Bursitis aufmerksam gemacht und sie näher beschrieben zu haben.

Endlich hat man secundäre Eiterungen derjenigen Schleimbeutel beobachtet, die mit Gelenken communiciren, und die constant bei Vereiterungen der Gelenke vorkommen.

Wichtiger, als die acute, ist für uns die chronische Entzündung der Schleimbeutel theils des häufigeren Vorkommens wegen, theils aber, weil die pathologischen Zustände mehr ausgeprägt sind und verschiedener sich gestalten. Die Ursachen der chronischen Entzündung sind dieselben, wie die der acuten.

Wir fangen mit der einfachsten Form an. Was uns am meisten in die Augen fällt, ist auch hier die grosse Ansammlung eines synovialen Secrets, wobei jedoch die Wände des Sackes ganz intact zu sein scheinen. Das Secret anfangs dicklich, schleimig wird mit der grösseren Ausdehnung des Schleimbeutels immer dünnflüssiger, bis es endlich oft zu einer ganz serösen Flüssigkeit sich umgestaltet.

Eine andere Form der chronischen Schleimbeutelentzündungen ist die, wo neben abnormer Ansammlung von Secret die Wände verdickt angetroffen werden. Solche Fälle haben wir vorzüglich dann zu beobachten die Gelegenheit, wenn die Schleimbeutelwände mehrere Jahre fortdauernden Reizungen ausgesetzt, zu harten, schwartigen Lagen sich umwandeln oder ganz verkalken, wie dies an der tunica vaginalis tistis öfters vorzukommen pflegt. Zu dieser „fibrösen Degeneration“ des Schleimbeutels kann sich noch nach v. Luschka eine mörtelartige Eindickung seines Inhaltes ausbilden; ähnlich sollen bei Gicht (arthritis urticaria) Ausscheidungen von kreideartigen Massen, die aus harnsauren Salzen und phosphorsaurem Kalk bestehen, stattfinden. Daraus können sich festere Conkremente bilden, die durch Reizung der Wandungen des Sackes eine Entzündung derselben mit nachfolgender Vereiterung und die Ausstossung der harten Massen nach Aussen verursachen.

Diesen eben kurz erwähnten Fällen annalog sind diejenigen Beispiele, in denen bei hochgradiger

Verdickung und Verhärtung der Schleimbeutelwandungen entweder gar keine abnorme Secretion erfolgt oder wenigstens sehr gering ist. Wir sehen alsdann unter der Haut an einer Stelle, wo wir unter sonst normalen Verhältnissen einen Schleimbeutel zu finden gewohnt sind, eine harte, bohnen-, wallnuss- bis apfelgrosse Geschwulst entstehen, die sich ganz solide anfühlt und die grösste Aehnlichkeit mit einem Fibroid hat. Solche Geschwülste wurden von C. Mettenheimer, Bryant, Erichsen, Linhardt, Fergusson genauer erörtert und beschrieben.

In einer anderen grossen Zahl von Fällen sehen wir in dem Inhalte des entzündeten Schleimbeutels eigenthümliche Gebilde, die reiskornförmigen Körper, corpuscula oryzoidea. Ueber den Ursprung dieser reiskorngrossen, rundlich länglichen, birngurken-melonenförmigen, zuweilen facettirt-polyedrischen, weissen und mehr oder weniger durchscheinenden Körperchen, die in sehr wechselnder Menge, oft zu Hunderten, in gewöhnlich durch mässigen Erguss ausgedehnten Schleimbeuteln sich finden, hat man sehr viel geschrieben und gestritten, und

noch heutzutage ist man allgemein über die Art und Weise ihrer Entstehung nicht einig. Sehr plausibel scheint mir folgende Erklärung zu sein. Die Bindegewebsfetzen und Zoten, von denen schon oben die Rede war, werden bei der Entzündung des Schleimbeutels in Mitleidenschaft gezogen; sie wuchern, vermehren sich und geben somit zur Bildung kleiner, gestielter Auswüchse Veranlassung. Der Stiel verdünnt sich mit der Zeit immer mehr, bis er ganz abfällt und unsere bekannten Reiskörnkörperchen in dem mehr oder weniger reichlichen, schleimig-flüssigen Secrete frei schwimmen lässt. Nicht in allen Fällen jedoch erweist sich diese Erklärungsweise als schon ausreichend und genügend; bei den polyedrisch-facettirten corpusculis oryzoideis z. B. dürfte vielleicht die Möglichkeit nicht auszuschliessen sein, dass sie durch Niederschläge und eigenthümliche Gerinnungsvorgänge des Hygrominhalts entstanden sind. Wenigstens sind in vielen Fällen keine Stielreste vorhanden, und auch nicht die geringste Spur von Structur lässt sich bei ihnen nachweisen. Velpeau hält die Reiskornkör-

perchen für entfärbte, zertrümmerte Blutgerinnsel, Dupuytren sogar für Thiere (Entozoen), weil, wie er annahm, sie sich nach der Entleerung bewegt haben sollten (Kyste hydatidiforme). Diese freien Körperchen sind meistentheils schon vor der Entleerung des Hygrominhalts leicht zu diagnosticiren, indem beim Druck auf die Geschwulst ein eigenthümliches Crepitiren wahrgenommen wird, ähnlich wie wenn ein Beutel mit Schrot gedrückt und gepresst wird, woher denn auch der jetzt noch gebräuchliche Name ganglion crepitans herrührt.

Endlich sind noch Schleimbeutelhämatome zu erwähnen, die ihren Namen von dem blutigen Erguss, welcher bei den chronischen Schleimbeutelentzündungen öfters stattfindet, davongetragen haben. Wir führen sie hier deswegen an, weil wir es in den bei weiten meisten Fällen mit wirklichen Hygromen zu thun haben, und der Bluterguss nur secundär hinzutritt. In den einem mechanischen Insulte längere Zeit ausgesetzen Schleimbeuteln tritt nämlich in späteren Stadien der Erkrankung eine mehr oder

minder reichliche Gefässneubildung ein; hören die mechanischen Insulte, wie Druck, Quetschung u. s. w. nicht auf, so zerreissen bald die feinen, dünnen Wände der neugebildeten Gefässe, und der für gewöhnlich seröse Inhalt des Schleimbeutelhygroms mischt sich jetzt mit dem extravasirten Blute. Natürlich können auch in einem vorher ganz gesunden Schleimbeutel nach einem starken Trauma die Gefässe zerreissen und Hämorrhagien in das Innere des Sackes zur Folge haben, die später zur Entzündung desselben führen können.

Ganz dieselben Erkrankungsformen, wie an den Schleimbeuteln, kommen auch an den Sehnenscheiden vor, so dass wir hier auf das von den Schleimbeuteln Gesagte verweisen können. Wir fügen nur noch hinzu, dass, während die Sehnenscheidenhygrome ihren Hauptsitz an den Gelenken haben, die Schleimbeutelhygrome an jeder beliebigen Stelle des menschlichen Körpers, wo Schleimbeutel vorhanden sind, sich entwickeln können.

Die Anzahl und Grösse der Hygrome ist sehr verschieden, mehrere Hundert erbsen- bis wallnussgrosse Hygromgeschwülste sind am menschlichen Körper beobachtet worden, während auch Fälle vorkommen, wo sie die Grösse eines Kinds-Kopfes erreichen.

Im Anschluss an obige Erörterungen wollen wir zwei Fälle von Hygroma trochantericum hinzufügen.

Erster Fall.

Der Bergmann F. K. aus Hettstedt, 31 J. alt, will vor 9 Jahren eine hühnereigrosse, ziemlich harte, leicht verschiebliche, schmerzlose Geschwulst auf dem linken Trochanter bemerkt haben. Er arbeitete gewöhnlich auf der linken Seite liegend und trug zum Schutze des Schenkels, wie alle dergleichen Arbeiter, ein über dem grossen Trochanter mit einem Ausschnitt versehenes Brett. Die Geschwulst wuchs allmählich schmerzlos und machte ihm später unmöglich in der gewöhnlichen Lage zu arbeiten. Dieselbe nahm nach starken An-

strengungen im letzten Winter schnell an Grösse zu und es bildete sich ziemlich plötzlich am unteren Ende derselben ein Auswuchs, der dann aber auf seiner einmal erlangten (Wallnuss-) Grösse stehen blieb. Am 4. April wurde er vom Herrn Prof. R. Volkmann operirt. Der Tumor wurde durch einen verticalen Hautschnitt freigelegt und unter geringer Blutung in toto mit Leichtigkeit ausgeschält. Die Heilung erfolgte ohne Besonderheiten anfänglich unter dem Lister'schen Verbande.

Die Geschwulst war bei seiner Aufnahme in die chirurgische Klinik des Herrn Prof. R. Volkmann etwa 12 Ctm. lang, $8\frac{1}{2}$ Zoll im grössten Durchmesser breit, von der Gestalt eines mit der Spitze nach unten gerichteten Flaschen-Kürbisses und befand sich genau über dem linken Trochanter. Sie war nirgends mit der Haut verwachsen, in seitlicher Richtung leicht, in verticaler nicht verschieblich, die Oberfläche platt; der obere Abschnitt der Geschwulst fluctuirte, der untere zuletzt gebildete Theil war für das Gefühl durchaus solide. Beim Durchschneiden des Tumor stellte dieser sich als

hauptsächlich aus zwei Cysten, einer dem oberen grösseren, der anderen dem unteren scheinbar soliden Abschnitt entsprechenden gebildet heraus. In der oberen waren 300 Cbk.-Ctm. einer braunrothen, an der Oberfläche glitzernden Flüssigkeit von 1,03 spec. Gew. mit wenig Gerinnseln enthalten. Die Flüssigkeit enthielt Mucin und eine bedeutende Menge Eiweiss. Mikroskopisch fanden sich ausser einer grossen Menge Cholestearinkrystalle hauptsächlich wohlerhaltene rothe Blut-Körperchen, dazwischen eine mässige Anzahl von Körnchenkugeln. Der Inhalt der unteren Cyste war orangefarben, dicklich. Leider wurde er nicht gesondert aufgefangen. In der Nachbarschaft der unteren Cyste wurden nachträglich noch zwei erbsengrosse Cysten mit einem gelblichen, krümlichen Inhalte gefunden. Letzterer erwies sich mikroscopisch als aus Cholestearintafeln bestehend.

Die Innenfläche der grösseren Cyste war zum grössten Theil mit mässigen, der Wand anhaftenden Blutgerinnseln ausgekleidet, die der kleineren war glatt. Die Balgwand selbst war von sehr ungleicher

Dicke und Consistenz. In den oberen Theilen war sie an wenigen Stellen dicker als 0,5 Ctm., während sie in der unteren die Dicke von 1,5 Ctm. hie und da überschritt. Das Gewebe der Wand war graulich mit stellenweise, namentlich an den linkeren Parthieen reichlichen, feinstreifigen, orangefarbenen Einlagerungen. Mikroscopisch erwies sich die Wand als zum grössten Theil aus concentrischen Schichten starkfaserigen zelligen Elementen bestehend; dazwischen traten heerdeweise Einlagerungen der verschiedensten Grösse und Gestalt auf. Zunächst fanden sich spindelförmige Anhäufungen feiner Fettkörperchen, ebensolche eines sehr feinkörnigen, bräunlichen Pigments oder Combinationen aus beiden. Dann erschienen Einsprengungen feiner kleinzelliger Wucherungen von den ersten Anfängen der Entwickelung bis zum vollständigen fettigen Zerfall. Irgend eine Ordnung dieser Heerde liess sich nicht constatiren, den ältesten begegnete man neben den jüngsten, und ebenso war die Pigmentirung in keiner Weise in ein bestimmtes Verhältniss zur Entleerung von blutigen Cysteninhalt zu bringen.

Die inneren Schichten zeigten keine Besonderheiten gegenüber den äusseren.

Es liegt hier also ein Fall, analog dem von R. Volkmann*) am Knie beobachteten, vor. Auch hier sind die Verhältnisse, wie die in den tieferen Schichten der Wand einer Haemotocele und nur das Fehlen eines Fortschreitens der Entzündung auf der Innenfläche einer der bekannten Membrane hindert, diese Form der Bursitis mit der Periostitis vasculosa und ihr gleichen Entzündungsformen vollständig zu identificiren.

Zweiter Fall.

Der Landwirth E. P. aus Arnsdorf, 19 J. alt, will im Sommer 1871 in der linken Hüftgegend auf dem grossen Trochanter eine halbfaustgrosse, prall sich anfühlende, flach rundliche Geschwulst bemerkt haben; wie dieselbe entstanden, weiss er nicht anzugeben. Da er weder Schmerzen in ihr fühlte, noch die Geschwulst merklich wuchs, beachtete

*) R. Volkmann, Bewegungs-Organe, p. 218.

er sie weiter nicht. Im folgenden Jahre wurde der Tumor erheblicher und trat eine gewisse Schwäche im linken Beine ein. Jodeinpinselungen, die im April und Mai 1872 gemacht wurden, hatten gar keinen Erfolg. Patient liess darauf wieder ein ganzes Jahr vergehen, ohne etwas zu gebrauchen. Jetzt als Landwirth in die Lehre getreten, konnte er sich nicht wie früher schonen, die Schwäche und leicht ziehende Schmerzen im Beine nahmen zu, Liegen auf der linken Seite wurde unmöglich, die Geschwulst wuchs rascher, es stellte sich leichtes Hinken ein.

Der Kranke wurde am 13. Mai 1874 in die hiesige chirurgische Klinik aufgenommen. Bei der Untersuchung fand man in der linken Hüftgegend eine männerkopfgrosse, im Ganzen flache Geschwulst; ihre Mitte traf auf den grossen Trochanter, vorn reichte sie bis an den Nervus cruralis, hinten bis zur Synchondrosis sacroiliaca. Der Tumor wurde für einen kalten oder Senkungsabscess gehalten, obschon ein Knochenleiden nicht wahrnehmbar war. Erst die Incision klärte die Diagnose auf.

Etwa 3 Ctm. nach vorn vom grossen Trochanter wird unter Spray ein 4 Ctm. langer, der Achse der Extremität paralleler Schnitt durch die bedeckenden Weichtheile auf die Geschwulstwandung geführt, dann auch diese gespalten und behufs mikroskopischer Untersuchung partiell exstirpirt. Unter Leitung des eingeführten Index der linken Hand wird eine Gegen-Oeffnung 5 Ctm. hinter dem Troch. maj. angelegt und ein Gummirohr durch die beiden Einschnitte gezogen. Darauf wurde der Sack mit Carbollösung ausgespült und der Lister'sche Verband, mit dem man hier in derartigen Fällen vorzügliche Resultate zu erzielen gewohnt ist, angelegt.

Durch die Incision wurde über ein Liter hellgelber, leicht fadenziehender Flüssigkeit, die bei der mikroskopischen Untersuchung frei von eitrigen Elementen sich zeigte, entleert; zahlreiche kleine Reiskörperchen, die bei der Voruntersuchung wegen starker Spannung der den Tumor bedeckenden Weichtheile nicht gefühlt werden konnten, befanden sich in derselben.

Der Balg selbst war ziemlich starr, von fibrösem

Aussehen, auf der Innenfläche weiss glänzend, 2 bis 4 Linien dick, zottige Excrescenzen wurden an denselben nicht bemerkt.

Die mikroskopische Untersuchung des excidirten Cystenwandstückes ergab Folgendes: Concentrische Schichten eines an Zellen, besonders an sternförmigen reichen fibrösen Gewebes mit ziemlicher Anzahl von Gefässen, welch letztere zum Theil senkrecht auf die Schichten verlaufen. Dieselben werden stets begleitet von einem Zuge kleinzelliger Infiltration. Die innersten Schichten sind am zellenreichsten.

Am 4. Tage nach der Operation war eine so vollständige Verklebung der Hygromwandungen eingetreten, dass die Entfernung des Drainagerohres gerechtfertigt erschien. Schon am Abend desselben Tages stieg jedoch die Temperatur auf 39,2° C. In den folgenden 3 Tagen hob sie sich mit geringen Morgenremissionen stetig bis auf 41,0° C., ohne dass für diese Erscheinung ein palpabler Grund eruirt werden konnte.

In der Nacht vom 7. zum 8. K. T. hat Patient so deutlich das Gefühl, als ob es in die frühere Ge-

schwulst hineinblute, dass er deswegen den Wärter weckt.

Am 8. K. T. keine Veränderung bemerkbar.

Vom 8. zum 9. K. T. Fieberabfall um über 1° C.

Am 9. K. T. früh ist der ganze Verband mit Blut durchtränkt, die obere Incisions-Oeffnung aufgebrochen. Neue Drainage, Irrigation mit 3% Carbollösung.

Von da ab bessert sich das Allgemeinbefinden des Patienten sehr rasch, die Temperatur sinkt stetig und hat am 15. K. T. oder 27. Mai die Norm erreicht.

Am 30. Mai wurde das den ganzen Sack durchziehende Gummirohr entfernt und durch zolllange, in beide Incisions-Oeffnungen eingeführte Röhrenstücke ersetzt.

Am 6. Juni werden auch diese weggelassen, da die Secretion äusserst spärlich geworden ist.

Am 12. Juni aufgehört l. a. zu Listern. Carbolölverband.

Am 14. Juni wird Patient in seine Heimat entlassen.

Nach einer Woche stellt sich der Kranke wieder

vor, weil er bemerkt hat, dass sich bei Druck vom Trochanter nach der vorderen Incisions-Oeffnung aus dieser eine rein seröse Flüssigkeit in geringer Menge entleerte.

Die Wunde wird von Neuem drainirt; es werden Einspritzungen von Jodtinctur, später von concentrirten Höllensteinlösungen gemacht. Doch geht die Heilung ausserordentlich langsam von Statten, so dass Patient erst Mitte September als vollkommen wieder hergestellt entlassen werden konnte.

Lebenslauf.

Johann Lewicki aus Bobau in West-Preussen, geboren am 16. December 1847, katholischer Confession. Von dem Gymnasium zu Culm Ostern 1870 mit dem Zeugnisse der Reife entlassen, besuchte er die Universitäten Greifswald, Berlin, Rostock und Halle, indem er Medicin studirte. Am 9. Juli 1872 bestand er zu Greifswald das tentamen physicum und am 7. August 1874 zu Halle das examen rigorosum.

Allen seinen hochgeehrten Herren Lehrern, insbesondere dem Prof. Herrn R. Volkmann, unter dessen gütiger Mitwirkung Verfasser obige zwei Fälle zu veröffentlichen im Stande ist, fühlt sich derselbe zum steten Dank verpflichtet.

Thesen.

I.

Der längere Gebrauch von Argentum nitricum bei Tabes dorsualis ist entschieden zu verwerfen.

II.

Die Beschneidung ist ein sicheres Prophylacticum gegen Syphilis.

III.

Die Unfruchtbarkeit der Frauen ist heilbar.